

PLURIASS Sinistri

Timbro Scuola

SI AUTORIZZA L'USO DEI DATI QUI PRESENTI NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE

art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27/04/16 e successive modificazioni e integrazioni

TELEFONO 0321 629208

Denuncia di Infortunio e/o danno

ISTITUTO " G. GALILEI "

Via G.B. Nicol, 35 - 10051 AVIGLIANA (TO)

TEL. 011-9328042 mail - TOTD05000T@istruzione.it - TOTD05000T@pec.istruzione.it

Altro ☐ Classe _____ sez _____

Docente ☐

Alunno ☐

*COGNOME e NOME INFORTUNATO/DANNEGGIATO _____

*data/luogo di nascita _____ CODICE FISCALE _____

*cognome e nome GENITORE _____ CODICE FISCALE _____

*domicilio: via _____ cap _____

*comune: _____ Prov: _____

*telefono _____ e-mail _____

*data dell'infortunio: giorno _____ mese _____ anno _____ ORA ____ : ____ ora di lezione ____

* durante quale **attività** scolastica: _____

* **luogo** dell'infortunio: _____

* come è avvenuto l'infortunio o il danno (**brevemente**):

*danni, lesioni o altre conseguenze: _____

*denuncianti (Pers.addetto alla vigilanza o altri): _____

*prime cure prestate da Pronto Soccorso di: _____

*oppure da: _____

*l'infortunato è stato ricoverato in Ospedale? Se sì, località: _____

TESTIMONI PRESENTI ALL'ACCADUTO _____

A SEGUITO DELL'EVENTO ha abbandonato il lavoro SI ☐ ore ____ / ____ del ____ / ____ / ____ NO ☐

A SEGUITO DELL'EVENTO È RIMASTO ASSENTE (da comunicare al termine dell'assenza): SI ☐ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ NO ☐

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero.

FIRMA LEGGIBILE DELL'INSEGNANTE _____

DATA ____ / ____ / ____

DATA ____ / ____ / ____

TIMBRO E FIRMA

Il Dirigente Scolastico

(Prof.ssa Rosina Cardinale)

DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA DAL DANNEGGIATO/TUTORE/GENITORE IN DATA ____ / ____ / ____

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO O SOGGETTO AUTORIZZATO AL RITIRO _____

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO O SOGGETTO AUTORIZZATO AL RITIRO_____